

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; labiumcorrectie  
Zaaknummer : 2008.01232  
Zittingsdatum : 5 november 2008

Zaak: 2008.01232 Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; labiumcorrectie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv.)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 1 augustus 2007 een behandeling, bestaande uit een excisie van een huidafwijking aan de vulva, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens zijn door verzoekster twee aanvullende verzekeringen gesloten.
- 3.2. De behandelend gynaecoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Patiënte heeft een hinderlijke flap van de schaamlip bij de ingang van de schede. Dit is pijnlijk bij het vrijen, wassen en fietsen. Verder is zij gezond. Heeft een status na appendectomie. Bij onderzoek ter hoogte van de commissura posterior links ongeveer een flap labium minus weefsel van zo'n 4 cm." Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "een operatieve correctie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. In maart 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 6 juli 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 15 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 oktober 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 22 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 oktober 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat niet aannemelijk is gemaakt dat er bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking, als bedoeld in de regelgeving. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 oktober 2008 aan partijen gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het hier niet om een labiumcorrectie gaat, zoals gesteld door de adviserend geneeskundigen van de zorgverzekeraar, maar om een medisch noodzakelijke ingreep, te weten "een excisie van een huidafwijking aan de vulva".
- 4.2. Verzoekster stelt voorts dat haar klachten steeds erger werden en dat het dagelijks functioneren bij onder andere haar werkgever steeds moeilijker werd. Zij heeft daarom besloten de ingreep toch te laten uitvoeren en is nu van haar klachten af. Verzoekster is van mening dat zij – voorafgaand aan de ingreep – de zorgverzekeraar alle mogelijkheden heeft geboden om tot een gefundeerd medisch-technisch advies te komen, zonder het medisch advies en de kennis van een erkend medisch specialist in twijfel te trekken.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de adviserend geneeskundigen na herhaaldelijk overleg hebben geconcludeerd dat het hier wel degelijk een labiumcorrectie betreft.  
Een indicatie voor deze ingreep ontbreekt, nu niet is gebleken van een verminking of van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Hinder bij het fietsen, vrijen en het dragen van ondergoed is althans niet als zodanig aan te merken.  
De zorgverzekeraar verwijst verder naar het rapport 'Pakket advies 2007' van het CVZ, waarin – op pagina 181 – staat dat “een correctie/reductie van de labia minora in principe onder geen enkele omstandigheid valt onder de verzekerde prestaties.”

5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

## 7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:*

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- (...)*
- 4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg en geslachtsorganen;*
- (...)”*

7.2. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 64 een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv, welke bepaling dezelfde indicaties noemt als artikel 20 van de zorgverzekering.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Door verzoekster is gesteld dat in dit geval geen sprake is van een labiumcorrectie, maar van een excisie van een huidafwijking aan de vulva. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden.  
De commissie constateert dat door de behandelend gynaecoloog, in diens schrijven van 9 juli 2007, wordt gesproken van een “een hinderlijke flap van een schaamlip bij de ingang van de schede”. Hoewel dit lijkt te wijzen op een afwijking van het labium, kan naar het oordeel van de commissie de aanduiding van de intussen uitgevoerde behandeling in het midden blijven. Duidelijk is immers dat deze behandeling naar haar aard moet worden gerekend tot de plastische en/of reconstructieve chirurgie. Dat zij is verricht door een gynaecoloog doet daaraan niet toe of af. Ter beantwoording ligt thans de vraag voor of verzoekster beschikt over een indicatie als genoemd in artikel 20 van de zorgverzekering.
- 7.6. Onder 1 wordt in dit verband genoemd “afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen”. De commissie merkt hierover op dat het moet gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard, met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Daarvan is in de procedure niet gebleken.
- 7.7. Met betrekking tot de door verzoekster gestelde pijnklachten, tekent de commissie aan dat de stoornis niet alleen ernstig, maar ook objectiveerbaar dient te zijn. Bij de beoordeling van het laatste is in concreto van belang dat de pijnklachten uitsluitend worden veroorzaakt door de huidafwijking, zonder enige wezenlijke wijze van beïnvloeding van buitenaf. De door verzoekster gestelde klachten ontstaan echter bij het fietsen, wassen en vrijen. Reeds hierom is onvoldoende aannemelijk geworden dat sprake is van pijnklachten in de bovenbedoelde objectiveerbare zin, respectievelijk van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 20 onder 1 van de zorgverzekering.
- 7.8. Evenmin gaat het hier om verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Naar het oordeel van de commissie kan pas van verminking in de zin van artikel 20 onder 2 van de zorgverzekering worden gesproken in geval van een ernstige misvorming, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. De klachten van verzoekster zijn bovendien niet terug te voeren op een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 7.9. Tot slot betreft het hier niet een aangeboren misvorming van de geslachtsorganen als bedoeld in artikel 20 onder 4 van de zorgverzekering. De huidafwijking was immers niet reeds bij de geboorte aanwezig.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 november 2008,

Voorzitter